|  |
| --- |
| СОГЛАСИЕ  на обработку персональных данных  Я, |
| в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ ”0 персональных данных", зарегистрирован (-ый,-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  документ, удостоверяющий личность:  паспорт, , отделом УФМС России по Забайкальскому краю в г. Могоча, 31.07.2017 г.  (наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)  в целях прохождения аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Забайкальском крае», в соответствии с требованиями приказа Минздрава РФ от 29.06.2000 N 229 "О профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций" даю согласие ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Забайкальском крае» на обработку моих персональных данных, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".  **Настоящее согласие необходимо для внесения персональных данных в реестр ЛМК и действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме**.  \_\_\_\_\_\_\_\_ г.  Субъект персональных данных:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (подпись) (ФИО) |
|  |
|  |